



فرم خود اظهاری کرونا

دانشجوی عزیز:

پیرو دستورالعمل ابلاغی وزارت متبوع جهت برگزاری هر چه بهتر آزمون، تکمیل فرم خوداظهاری زیر در خصوص کرونا الزامی است.

مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی

نام و نام خانوادگی:

کد ملی:

حیطه آزمون:

- | | |
|---|--|
| ☐ تفکر علمی در علوم پایه | ☐ استدلال بالینی |
| ☐ مطالعات میان رشته ای علوم انسانی و سلامت | ☐ مدیریت نظام سلامت |
| ☐ کارآفرینی در بستر دانشگاه های هزاره سوم | ☐ آموزش پزشکی |

شما دارای کدام یک از علائم زیر می باشید:

- | | |
|--|---|
| ☐ لرز | ☐ تب |
| ☐ گلو درد | ☐ سرفه خشک |
| ☐ از دست دادن حس بویایی | ☐ از دست دادن حس چشایی |
| ☐ هیچکدام | ☐ تنگی نفس |

آیا فرد مشکوک/تحت درمان سرپایی/بستری یا ترخیص شده از بیمارستان به علت بیماری کرونا در خانواده و یا نزدیکان شما وجود دارد؟

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ خیر | ☐ بلی |
|------------------------------|------------------------------|